

	MATO GROSSO PREFEITURA MUNICIPAL DE LUCAS DO RIO VERDE CONTROLE INTERNO	FOLHA Nº 1/13
	NORMA INTERNA Nº: 52/2015	DATA DA VIGÊNCIA: 02/04/2015 1ª Atualização: 01/10/2019 2ª Atualização 06/09/2023
ASSUNTO: REGIMENTO INTERNO DA CEFT – COMISSÃO ESPECIAL DE FARMÁCIA E TERAPÊUTICA		
SETORES ENVOLVIDOS: SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE MUNICIPAL		

Aprovação: 06/09/2023

Ato de Aprovação: Decreto nº 6488/2023

Publicação do Ato: 20/09/2023

Diário Oficial Contas TCE/MT, ano 12 nº 3140, pag.105

Decreto nº 6488/2023 Art. °, I- Instrução Normativa n. 52/2015, atualizada em 2023: "Dispõe sobre os procedimentos legais do Regimento Interno da CEFT – Comissão Especial de Farmácia e Terapêutica para servir como órgão consultivo e deliberativo sobre medicamentos, além de promoção do uso adequado dos mesmos e de assessoria técnica diretamente vinculado à Secretaria Municipal de Saúde".

I – DA FINALIDADE

Servir como órgão consultivo e deliberativo sobre medicamentos, além de promoção do uso adequado dos mesmos e de assessoria técnica diretamente vinculado à Secretaria Municipal de Saúde.

II – ABRANGÊNCIA

Abrange as unidades de saúde que trabalham com medicamentos e complementos alimentares.

III – CONCEITOS

1. CEFT – Comissão Especial de Farmacologia e Terapêutica.
2. REMUME – estabelece o elenco de medicamentos utilizados na Atenção Básica do município de Lucas do Rio Verde-MT;
3. SUS – Sistema Único de Saúde.
4. **Relação nacional de medicamentos essenciais – RENAME:** é um instrumento oficial que norteia a definição das políticas públicas para o acesso aos medicamentos no âmbito do Sistema de Saúde brasileiro;

CONTROLE INTERNO	PREFEITO
-------------------------	-----------------

	MATO GROSSO PREFEITURA MUNICIPAL DE LUCAS DO RIO VERDE CONTROLE INTERNO	FOLHA Nº 2/13
	NORMA INTERNA Nº: 52/2015	DATA DA VIGÊNCIA: 02/04/2015 1ª Atualização: 01/10/2019 2ª Atualização 06/09/2023
ASSUNTO: REGIMENTO INTERNO DA CEFT – COMISSÃO ESPECIAL DE FARMÁCIA E TERAPÊUTICA		
SETORES ENVOLVIDOS: SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE MUNICIPAL		

IV-BASE LEGAL

1. Lei Orgânica da Saúde Lei nº. 8.080 de 19.09.90, que dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, e dá outras providências;
2. Lei nº. 5.991 de 17.12.1973, que dispõe sobre o controle sanitário do comércio de drogas, medicamentos, insumos farmacêuticos e correlatos, e dá outras providências;
3. Política Nacional de Medicamentos (Portaria GM nº. 3.916 de 15.12.1998), que estabelece as diretrizes, prioridades e responsabilidades da Assistência Farmacêutica em cada esfera do Governo;
4. Política Nacional de Assistência Farmacêutica (RES/CNS nº. 338 de 06.05.2004) que em seu artigo 2º dispõe que “a Política Nacional de Assistência Farmacêutica deve englobar os seguintes eixos estratégicos”, inciso XIII “promoção do uso racional de medicamentos, por intermédio de ações que disciplinem a prescrição, a dispensação e o consumo;
5. Portaria GM nº. 1.555 de 2013, que aprova as normas de execução e de financiamento da Assistência Farmacêutica na Atenção Básica em Saúde;
6. Portaria GM nº. 2981 de 26 de novembro de 2009, que aprova o componente especializado da Assistência Farmacêutica;
7. Instrução Normativa do nº 09, de 25/07/2007 do Controle Interno Municipal;
8. Instrução Normativa do nº 30, de 01/06/2010 do Controle Interno Municipal;
9. Portaria nº 225/SMS/2010, que institui a Comissão Especial de Farmacologia e Terapêutica – CEFT.

CONTROLE INTERNO	PREFEITO
-------------------------	-----------------

	MATO GROSSO PREFEITURA MUNICIPAL DE LUCAS DO RIO VERDE CONTROLE INTERNO	FOLHA Nº 3/13
	NORMA INTERNA Nº: 52/2015	DATA DA VIGÊNCIA: 02/04/2015 1ª Atualização: 01/10/2019 2ª Atualização 06/09/2023
ASSUNTO: REGIMENTO INTERNO DA CEFT – COMISSÃO ESPECIAL DE FARMÁCIA E TERAPÊUTICA		
SETORES ENVOLVIDOS: SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE MUNICIPAL		

V – DAS RESPONSABILIDADES/ ATRIBUIÇÕES/ COMPOSIÇÃO:

1.DAS ATRIBUIÇÕES:

1.1 Assessorar a Secretaria de Saúde e Superintendência de Assistência Farmacêutica nos assuntos referentes a medicamentos, materiais médicos e complementos alimentares;

1.2 Seleção de medicamentos da Relação Municipal de Medicamentos Essenciais (REMUME);

1.3 Estabelecimento de critérios para dispensação dos medicamentos, materiais médicos e complementos alimentares selecionados;

1.4 Avaliação do uso de medicamentos selecionados;

1.5 Definição de critérios para inclusão, exclusão ou substituição da relação de medicamentos, materiais médicos e complementos alimentares padronizados.

2. Compete à CEFT:

2.1 Revisar permanentemente a REMUME;

2.2 Avaliar e emitir parecer sobre solicitações de inclusão, exclusão, bem como de alterações em suas apresentações na REMUME;

2.3 Divulgar informações e justificativas relativas a novos medicamentos incluídos, excluídos ou substituídos na REMUME;

2.4 Elaborar e incentivar a adoção de protocolos terapêuticos e diretrizes terapêuticas;

CONTROLE INTERNO	PREFEITO
-------------------------	-----------------

	MATO GROSSO PREFEITURA MUNICIPAL DE LUCAS DO RIO VERDE CONTROLE INTERNO	FOLHA Nº 4/13
	NORMA INTERNA Nº: 52/2015	DATA DA VIGÊNCIA: 02/04/2015 1ª Atualização: 01/10/2019 2ª Atualização 06/09/2023
ASSUNTO: REGIMENTO INTERNO DA CEFT – COMISSÃO ESPECIAL DE FARMÁCIA E TERAPÊUTICA		
SETORES ENVOLVIDOS: SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE MUNICIPAL		

2.5 Avaliar e deliberar as solicitações de medicamentos, materiais médicos e complementos alimentares do Componente Especializado da Atenção Básica do município.

4 – DA COMPOSIÇÃO:

4.1. A CEFT deve ser composta por no mínimo 6 membros lotados na Sec. Saúde:

4.1.1. 06 membros lotados na Secretaria Municipal de Saúde, sendo:

- 01 Representante da Assistência Farmacêutica Municipal: FARMACÊUTICO (A);
- 02 Representante do corpo clínico da rede: MÉDICO (A);
- 01 Representante dos Coordenadores das equipes de saúde: ENFERMEIRO (A);
- 01 Representante do Serviço Social da rede: ASSISTENTE SOCIAL;
- 01 Representante de outra área relacionada à saúde (ODONTÓLOGO, PSICÓLOGO);
- 01 Representante do Serviço de Atendimento Domiciliar (NUTRICIONISTA);

4.2. Os membros deverão ser nomeados em Portaria Municipal, bem como a substituição de qualquer membro, a qualquer momento.

4.3. Tendo necessidade de substituição, os novos representantes serão indicados pelos membros da CEFT, com o aval da Secretaria Municipal de Saúde;

4.4. Os membros possuem responsabilidade solidária pelos atos praticados pela CEFT, podendo qualquer um deles representar a comissão junto a Secretara Municipal de Saúde ou em convites para palestras, eventos e afins, quando indicados através de votação simples.

5 – DO FUNCIONAMENTO E ORGANIZAÇÃO

5.1. Deverão ocorrer reuniões periódicas, conforme necessidade, com data, local e horário, previamente definidos e informados, sendo realizadas semanalmente as reuniões ordinárias;

CONTROLE INTERNO	PREFEITO
-------------------------	-----------------

	MATO GROSSO PREFEITURA MUNICIPAL DE LUCAS DO RIO VERDE CONTROLE INTERNO	FOLHA Nº 5/13
	NORMA INTERNA Nº: 52/2015	DATA DA VIGÊNCIA: 02/04/2015 1ª Atualização: 01/10/2019 2ª Atualização 06/09/2023
ASSUNTO: REGIMENTO INTERNO DA CEFT – COMISSÃO ESPECIAL DE FARMÁCIA E TERAPÊUTICA		
SETORES ENVOLVIDOS: SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE MUNICIPAL		

5.2. Além das reuniões ordinárias poderão ser realizadas reuniões extraordinárias para tratar de assuntos que exijam discussões emergentes ou urgentes, podendo ser convocadas por qualquer membro da CEFT ou Secretário de Saúde;

5.3. Na ausência de membros da comissão na reunião ordinária, a mesma poderá ser realizada se comparecerem no mínimo 03 (três) membros da CEFT. Para as reuniões extraordinárias, exige-se a presença de no mínimo 05 (cinco) membros;

5.4. As decisões da comissão serão tomadas após aprovação, por meio de votação aberta e justificada por maioria simples dos membros presentes;

5.5. As reuniões da comissão, que possuírem em sua pauta assuntos fora da avaliação de processo de solicitação de medicamentos do Componente Especializado Municipal, deverão ser registradas em ata contendo: data e hora da mesma, nome e assinatura dos membros presentes e decisões tomadas. Nas reuniões apenas para avaliação de processos, o registro se dará com a emissão de parecer técnico assinado pelos presentes.

5.6. Os assuntos tratados pela comissão deverão ser guardados em sigilo ético por todos os membros e convidados.

5.7. Compete ao farmacêutico/membro CEFT, visto sua atuação na Assistência Farmacêutica Municipal e contato direto com CAF e Farmácia Municipal: Organizar a pauta das reuniões; Guardar os registros, em ata ou parecer técnico, das decisões da comissão; e Comunicar das reuniões sempre que necessário.

5.8. Compete aos membros da Comissão: Comparecer a reuniões convocadas; Cumprir calendários e cronogramas; Realizar levantamentos de informações em literatura científica conceituada e estudar os assuntos que estão sendo discutidos na CEFT; e Aprovar ou reprovar pareceres apresentados à Comissão.

CONTROLE INTERNO	PREFEITO
-------------------------	-----------------

	MATO GROSSO PREFEITURA MUNICIPAL DE LUCAS DO RIO VERDE CONTROLE INTERNO	FOLHA Nº 6/13
	NORMA INTERNA Nº: 52/2015	DATA DA VIGÊNCIA: 02/04/2015 1ª Atualização: 01/10/2019 2ª Atualização 06/09/2023
ASSUNTO: REGIMENTO INTERNO DA CEFT – COMISSÃO ESPECIAL DE FARMÁCIA E TERAPÊUTICA		
SETORES ENVOLVIDOS: SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE MUNICIPAL		

5.9. As demandas de inclusão, substituição ou exclusão de medicamentos na REMUME serão recebidas continuamente pela CEFT, de acordo com o formulário específico, definido no Anexo I. A CEFT consolidará as demandas semestralmente e as propostas serão enquadradas de acordo com as seguintes prioridades:

- Relevância epidemiológica;
- Evidência científica: disponibilidade suficiente de estudos de qualidade na área e da necessidade de novos estudos;
- Relevância para os serviços: possibilidade em contribuir para a melhoria da qualidade de vida, considerando a efetividade e a eficácia;
- Viabilidade financeira e relação custo-benefício.

5.10. As solicitações de medicamentos, materiais médicos e complementos alimentares do Componente Especializado da Atenção Básica Municipal serão recebidas continuamente pela Farmácia Municipal, de acordo com o formulário específico (Anexo II). A CEFT analisará as demandas semanalmente e os pareceres (Anexo III) serão emitidos observando o regulamento dos procedimentos de solicitação e Protocolos Clínicos, no âmbito da Saúde Pública Municipal e legislações vigentes, devendo possuir assinatura de no mínimo 03 (três) membros, sendo 01 (um) deles do corpo clínico da rede: MÉDICO (A) ou membro representante da Assistência Farmacêutica: FARMACÊUTICO (A).

CONTROLE INTERNO	PREFEITO
-------------------------	-----------------

	MATO GROSSO PREFEITURA MUNICIPAL DE LUCAS DO RIO VERDE CONTROLE INTERNO	FOLHA Nº 7/13
	NORMA INTERNA Nº: 52/2015	DATA DA VIGÊNCIA: 02/04/2015 1ª Atualização: 01/10/2019 2ª Atualização 06/09/2023
ASSUNTO: REGIMENTO INTERNO DA CEFT – COMISSÃO ESPECIAL DE FARMÁCIA E TERAPÊUTICA		
SETORES ENVOLVIDOS: SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE MUNICIPAL		



ANEXO I

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE LUCAS DO RIO VERDE
COMISSÃO ESPECIAL DE FARMACOLOGIA E TERAPÊUTICA

FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO
INCLUSÃO, EXCLUSÃO OU SUBSTITUIÇÃO DE MEDICAMENTOS NA REMUME

() INCLUSÃO () EXCLUSÃO () SUBSTITUIÇÃO

1 - Nome genérico do medicamento: _____

2- Nomes comerciais: _____

3 - Designar as formas farmacêuticas que você deseja que seja incluída ou excluída:

- Comprimidos Cápsula Ampola Susp. Oral
 Solução Oral Pomada Creme Supositório
 Gotas Outras: _____

Concentração: _____

4-Indicações Terapêuticas Sugeridas: _____

Outras indicações: _____

Classe terapêutica: _____

5- Em caso de inclusão indique:

Dose Adulto: _____ Dose Pediátrica: _____

Duração do tratamento: _____

6- Razões terapêuticas para a inclusão, exclusão ou substituição do medicamento proposto:

7- Indique as contra-indicações, precauções e toxicidade relacionada com o uso do medicamento proposto: _____

8- Em caso de exclusão indique que outros medicamentos existentes podem substituí-lo e em caso de inclusão, a que outros medicamentos poderá substituir e o motivo pelo qual: _____

9- Listar e enviar cópias de no mínimo três ensaios clínicos randomizados, controlados e comparativos por medicamentos padrões ou placebos publicados em revistas profissionais reconhecidas internacionalmente ou referências bibliográficas de

CONTROLE INTERNO	PREFEITO
-------------------------	-----------------



MATO GROSSO
PREFEITURA MUNICIPAL DE LUCAS DO RIO VERDE
CONTROLE INTERNO

FOLHA Nº
8/13

NORMA INTERNA Nº: 52/2015

DATA DA VIGÊNCIA: 02/04/2015
1ª Atualização: 01/10/2019
2ª Atualização 06/09/2023

ASSUNTO: REGIMENTO INTERNO DA CEFT – COMISSÃO ESPECIAL DE FARMÁCIA E TERAPÊUTICA

SETORES ENVOLVIDOS: SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE MUNICIPAL

livros, textos que demonstrem a superioridade do produto que se deseja incluir. No caso de exclusão e substituição, devem ficar igualmente bem fundamentada a ineficácia ou toxicidade do medicamento a ser excluído ou substituído.

Autor principal, título do artigo, revista, volume, página e ano:

- a) _____
 b) _____
 c) _____

10- Indique a que nível será utilizado este medicamento:

- Unidade Básica Centro de Especialidades Centro de Referência
 Hospital Pronto Atendimento Outro: _____

11- Outras informações:

- O medicamento está incluído na Relação de Medicamentos Municipal? SIM NÃO
- Esta incluída na lista da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais? SIM NÃO
- Está registrado sob a forma GENÉRICO? SIM NÃO
- O medicamento está disponível no mercado nacional? SIM NÃO
- Custo médio estimado do tratamento:

Custo (R\$/Dia): _____

Custo (R\$/Mês): _____

Solicitante: _____	
Cargo: _____	Instituição: _____
E-MAIL: _____	
Telefone para contato: () _____	Assinatura: _____

ORIENTAÇÕES GERAIS:

- Apenas serão analisadas as propostas preenchidas integralmente e com dados suficientes para análise.
 - Cada ficha deve corresponder a apenas um produto (princípio ativo).
- Nos casos de propostas de substituição, referir claramente o produto que se pretende ver substituído. As propostas que contiverem documentação bibliográfica com indicações de eficácia comparada e/ou estudos de evidência e/ou estudos fármaco econômicos poderão obter melhor avaliação do que as que contenham apenas simples referência a periódicos.



ANEXO II
PREFEITURA MUNICIPAL DE LUCAS DO RIO VERDE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SUPERVISÃO DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

CONTROLE INTERNO	PREFEITO
-------------------------	-----------------



MATO GROSSO
PREFEITURA MUNICIPAL DE LUCAS DO RIO VERDE
CONTROLE INTERNO

FOLHA Nº
9/13

NORMA INTERNA Nº: 52/2015

DATA DA VIGÊNCIA: 02/04/2015
1ª Atualização: 01/10/2019
2ª Atualização 06/09/2023

ASSUNTO: REGIMENTO INTERNO DA CEFT – COMISSÃO ESPECIAL DE FARMÁCIA E TERAPÊUTICA

SETORES ENVOLVIDOS: SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE MUNICIPAL

FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO DO COMPONENTE ESPECIALIZADO MUNICIPAL

Anexar RECEITA c/ mesma data do formulário

1 – REQUERIMENTO

O abaixo identificado, vem solicitar fornecimento da medicação conforme descrições a seguir relacionadas:

Nome Completo: _____

Idade: _____ Sexo: _____ Peso: _____ Altura: _____ Nascimento: ____/____/____

Identidade (Rg): _____ SSP/_____ CPF: _____

Naturalidade: _____ Escolaridade: _____

Endereço: _____ Nº _____

Bairro: _____

Município: **LUCAS DO RIO VERDE/MT**

Fone: _____

Mãe: _____

Pai: _____

Cartão Sus Nº.: _____

Local e Data

Assinatura Usuário/Responsável

ABERTURA DE PROCESSO:

formulário preenchido original, roteiro de análise e receita original;
cópia de: CPF, RG ou certidão nascimento, cartão SUS, comprovante residência e exames.

RENOVAÇÃO:

formulário preenchido original, roteiro de análise e receita original;

cópia de exames.

2 – RELATÓRIO/LAUDO MÉDICO

Nome do produto pelo princípio ativo e apresentação: _____

Consumo mensal: _____ Duração prevista do tratamento: _____

Código do CID 10: _____ Diagnóstico: _____

CONTROLE INTERNO

PREFEITO



MATO GROSSO
PREFEITURA MUNICIPAL DE LUCAS DO RIO VERDE
CONTROLE INTERNO

FOLHA Nº
10/13

NORMA INTERNA Nº: 52/2015

DATA DA VIGÊNCIA: 02/04/2015
1ª Atualização: 01/10/2019
2ª Atualização 06/09/2023

ASSUNTO: REGIMENTO INTERNO DA CEFT – COMISSÃO ESPECIAL DE FARMÁCIA E TERAPÊUTICA

SETORES ENVOLVIDOS: SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE MUNICIPAL

Histórico da doença: _____

Comprovação Diagnóstica (exames): _____

Outras Informações: _____

Outras medicações utilizadas pelo paciente: _____

Comorbidades existentes: _____

ASSINATURA E CARIMBO DO PRESCRITOR

Data: ____/____/____



ANEXO III

PREFEITURA MUNICIPAL DE LUCAS DO RIO VERDE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SUPERVISÃO DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA - COMISSÃO ESPECIAL DE FARMÁCIA E TERAPÊUTICA

CONTROLE INTERNO

PREFEITO



MATO GROSSO
PREFEITURA MUNICIPAL DE LUCAS DO RIO VERDE
CONTROLE INTERNO

FOLHA Nº

11/13

NORMA INTERNA Nº: 52/2015

DATA DA VIGÊNCIA: 02/04/2015

1ª Atualização: 01/10/2019

2ª Atualização 06/09/2023

ASSUNTO: REGIMENTO INTERNO DA CEFT – COMISSÃO ESPECIAL DE FARMÁCIA E TERAPÊUTICA

SETORES ENVOLVIDOS: SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE MUNICIPAL

1 - NOME DO

	2 – MEDICAMENTO(S) ou COMPLEMENTO(S)	3 - QUANTIDADE/MÊS
1		
2		
3		

4 - DEFERIMENTO
5

A solicitação atende aos critérios definidos pelo Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da referida doença bem como aos demais parâmetros definidos no Componente Especializado da Assistência Farmacêutica.

DEFERIDA a solicitação do(s) medicamento(s) descrito(s) na numeração:

() 1 () 2 () 3

5 - DEVOLUÇÃO

Há falta de informação ou de documentos/exames que impedem a plenitude da análise.

DEVOLVIDA a solicitação do(s) medicamento(s) descrito(s) na numeração, pelo(s) seguinte(s) motivo(s):

- Preenchimento incompleto - () 1 () 2 () 3
- Ausência de documentação - () 1 () 2 () 3
- Ausência de exame - () 1 () 2 () 3
- Outros - () 1 () 2 () 3

6 -

A solicitação não preenche os critérios estabelecidos pelo Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) da referida doença e/ou dos parâmetros definidos no Componente Especializado da Assistência Farmacêutica.

INDEFERIDA a solicitação do(s) medicamento(s) descrito(s) na numeração, pelo(s) seguinte(s) motivo(s):

- CID-10 não padronizado - () 1 () 2 () 3
- Medicamento não padronizado - () 1 () 2 () 3
- Não preenche critérios do PCDT - () 1 () 2 () 3
- Outros - () 1 () 2 () 3

7 - AVALIADORES

André Cantero de Castro

Cristina Hemielevski de Souza

Eliane Denize Paranhos

Jessika Sthefane Santos

CRO/MT 5622

Rodrigues

CRF/MT – 2711

CRESS/MT – 3991

CRM/MT – 9328

Matheus de Oliveira Morais

Nathalia Mendonça Costa Lima

Priscila dos

Reis Tavares

COREN/MT 118015

CRM/MT – 7444

CRN-1/MT 10917

CONTROLE INTERNO

PREFEITO

	MATO GROSSO PREFEITURA MUNICIPAL DE LUCAS DO RIO VERDE CONTROLE INTERNO	FOLHA Nº 12/13
	NORMA INTERNA Nº: 52/2015	DATA DA VIGÊNCIA: 02/04/2015 1ª Atualização: 01/10/2019 2ª Atualização 06/09/2023
ASSUNTO: REGIMENTO INTERNO DA CEFT – COMISSÃO ESPECIAL DE FARMÁCIA E TERAPÊUTICA		
SETORES ENVOLVIDOS: SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE MUNICIPAL		



ANEXO IV
PREFEITURA MUNICIPAL DE LUCAS DO RIO VERDE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SUPERVISÃO DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA
FORMULÁRIO PARA SOLICITAÇÃO DE MATERIAL MÉDICO-HOSPITALAR
PARA USO DOMICILIAR

1 – REQUERIMENTO

O abaixo identificado, vem solicitar seu acompanhamento pelo PSF, bem como o fornecimento de materiais médico-hospitalares para uso domiciliar conforme descrições a seguir relacionadas:

Nome Completo: _____
 Idade: _____ Sexo: _____ Peso: _____ Altura: _____ Nascimento: _____/_____/_____
 Identidade (Rg): _____ - _____ Ssp/ _____ Cpf: _____
 Endereço: _____ Nº _____
 Bairro: _____, Lucas do Rio Verde-MT
 Fone: _____
 Cartão Sus Nº.: _____ Nº Saúde municipal: _____

2 - TERMO DE COMPROMISSO

Objetivos do tratamento

Avaliar e acompanhar evolução do quadro; Encaminhar para outros profissionais quando se fizer necessário; Propiciar condições que facilitem o tratamento; Orientar e estimular o autocuidado.

Entendimento por parte do paciente

Fica claro ao paciente o direito e a oportunidade de fazer perguntas relacionadas ao Serviço, tratamento, seus objetivos e suas regras, sendo que os profissionais do serviço estarão sempre aptos a respondê-las. É de sua responsabilidade: respeitar e seguir todas as orientações fornecidas pelos profissionais de saúde; não retirar ou trocar o curativo no domicílio sem a autorização do profissional; procurar o Serviço de Saúde em caso de intercorrências ou complicações; assumir as atividades relativas a limpeza e higiene pessoal.

Consentimento e autorização

De acordo com o exposto acima, ACEITO participar do tratamento proposto pelo Serviço e AUTORIZO a equipe de saúde da família realizar visita domiciliar sempre que necessário.

Data:

 _____/_____/_____
 ASSINATURA USUÁRIO/RESPONSÁVEL

CONTROLE INTERNO	PREFEITO
-------------------------	-----------------



MATO GROSSO
PREFEITURA MUNICIPAL DE LUCAS DO RIO VERDE
CONTROLE INTERNO

FOLHA Nº
13/13

NORMA INTERNA Nº: 52/2015

DATA DA VIGÊNCIA: 02/04/2015
1ª Atualização: 01/10/2019
2ª Atualização 06/09/2023

ASSUNTO: REGIMENTO INTERNO DA CEFT – COMISSÃO ESPECIAL DE FARMÁCIA E TERAPÊUTICA

SETORES ENVOLVIDOS: SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE MUNICIPAL

ABERTURA DE PROCESSO:

Formulário para solicitação de material médico-hospitalar preenchido; lista dos itens; cópia de: CPF, RG ou certidão nascimento, cartão SUS, comprovante residência (EM NOME DO PACIENTE)

RENOVAÇÃO:

Formulário para solicitação de material médico-hospitalar; lista dos itens.

2 - ROTEIRO DE ANÁLISE

Informações pessoais

Doenças atuais: _____

Vacina anti-tetânica: () não () sim Última dose ____/____/____

Peso: _____Kg Altura: _____m IMC: _____Kg/m² P. A. _____mm/Hg

Refeições: Nº/dia: _____ Ingesta hídrica: _____l/dia Sono: _____h/noite

Hábito intestinal: Frequência: _____vezes/dia Nº micções: _____vezes/dia

Diabético: () não () sim Etilismo: () não () sim Tabagismo: () não () sim

Sinais e sintomas locais

() Incontinência urinária e/ou fecal

() Lesão cutânea:

	Ferida 1	Ferida 2	Ferida 3	Ferida 4	Ferida 5	Ferida 6	Ferida 7
Localização							
Etiologia							
Classificação							
Tempo de existência							
Tamanho							
Feito desbridamento							

ETIOLOGIA: **1-** úlcera por pressão; **2-** cirúrgica; **3-** queimadura; **4-** traumática; **5-** neuropática; **6-** vascular

CLASSIFICAÇÃO: **estágio I** – eritema, hiperemia; **estágio II** – perda de tecido, hiperemia, bolhas rompidas ou não; **estágio III** – tecido subcutâneo atingido, úlcera pouco profunda; **estágio IV** – destruição profunda de tecidos, danos musculares, ósseo, faciais e tendões

TAMANHO: extensão maior X extensão menor

DESBRIDAMENTO: sim ou não

() Outros: especificar: _____

CONTROLE INTERNO	PREFEITO
-------------------------	-----------------



MATO GROSSO
PREFEITURA MUNICIPAL DE LUCAS DO RIO VERDE
CONTROLE INTERNO

FOLHA N°

14/13

NORMA INTERNA N°: 52/2015

DATA DA VIGÊNCIA: 02/04/2015

1ª Atualização: 01/10/2019

2ª Atualização 06/09/2023

ASSUNTO: REGIMENTO INTERNO DA CEFT – COMISSÃO ESPECIAL DE FARMÁCIA E TERAPÊUTICA

SETORES ENVOLVIDOS: SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE MUNICIPAL

Necessidades:

- curativo alimentação enteral cuidado com estoma
 sondagem uso de fralda

Justificativa e Quantitativo diário de cada procedimento: _____

Data: ____/____/____

CONTROLE INTERNO	PREFEITO